

ПЕРЕВАГИ TENSION-FREE ГЕРНІОПЛАСТИКИ ГІГАНТСЬКИХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ГРИЖ В ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

Шевченко В.П., П'ятикоп Г.І., Братушка В.А., Соболев Ю.І., Мисловський І.А., Архвов М.Г., Шевченко В.В., Кравець О.В., О.В. Свістунов О.В.

СумДУ, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізіотерапії, КУ «Сумська обласна клінічна лікарня»

Післяопераційні вентральні грижі залишаються одним із найчастіших ускладнень абдомінальної хірургії. Особливі труднощі виникають при хірургічному лікуванні гігантських післяопераційних вентральних гриж (ГПВГ) – W₄ за I.P. Shevrel, у хворих похилого віку з супутньою серцево-легеневою патологією та ожирінням. Використання традиційної аутогерніопластики у них супроводжується зменшенням об'єму черевної порожнини, що веде до розвитку abdominal compartment syndrome, тяжкої дихальної і серцевої недостатності у ранній післяопераційний період. Летальність у хворих з ГПВГ знаходиться у межах 8 - 21%, залежно від віку хворих.

Мета дослідження. Оптимізувати результати хірургічного лікування ГПВГ хворих похилого віку.

Матеріали і методи. Проаналізовані результати лікування 48 хворих похилого віку з ГПВГ за період 2005-2010 роки. Чоловіків було 9 (18,5%), жінок - 39 (81,5%). Структура попередніх лапаротомій: верхньо-середина – 60,3%, нижньо-середина – 25%, доступ Кохера – 2,1%, Федорова – 2,1%, Пфаненштіль – 4,2%, параректальний – 2,1%, Мак-Бурнея – 2,1%, Ріо-Бранко – 2,1%. Протягом 1 року після операції грижі розвинулись у 64,5%, 2-5 років – у 35,5%. Супутня кардіальна та легенева патологія спостерігалась у 83,3%. Ожиріння мало місце у 25 (52,1%) осіб. Оперативні втручання у 18 (37,5%) хворих з ГПВГ виконувались за методиками Мейо, Сапежко, з використанням tension-free герніопластики у 30 (62,5%). У 6 хворих використана преперитоніальна пластика (sub lay) за методикою Stopppa-Rives, у 11 - імплантант розташовано над апоневротично (on lay). У цих хворих додатково використовувались релаксуючі розрізи за Ramirez. У 13 хворих похилого віку з тяжкою серцево-легеневою патологією, рецидивними ГПВГ використана методика Я.П. Фелештинського

Результати. Основні труднощі операцій при ГПВГ були пов'язані з великим м'язово-апоневротичним дефектом черевної стінки, що затрудняє його закриття за рахунок власних тканин. Великий об'єм органів, що тривалий час знаходились у грижовому мішку за межами черевної порожнини супроводжувався компенсаторним зменшенням об'єму черевної порожнини, що затрудняло репозицію грижового вмісту. Оперативні втручання супроводжувалися великими розрізами, широкою мобілізацією підшкірної клітковини на значних ділянках та використанням поліпропіленової сітки великої площі, що спричиняло тривалу лімфорею у післяопераційний період. У 8 хворих з ГПВГ після класичних оперативних втручань у ранній післяопераційний період спостерігались різної тяжкості порушення зовнішнього дихання, що привело до смерті 1 хворої, у іншої пацієнтки причиною смерті була тромбоемболія легеневої артерії. Післяопераційна летальність склала 11,1 %, у 6(33,3%) - виникли рецидиви. При використанні алогерніопластики (sub lay та on lay) рецидивів гриж не спостерігалось, але мали місце функціональні порушення з боку дихальної та серцево-судинної системи, що обійшлося без летальних наслідків, за методикою І.Я. Фелештинського ускладнень з боку дихальної системи не було. Рецидиви грижі після алогерніопластики мали місце у 2(6,7% хворих).

Висновки. Таким чином у хворих похилого віку з ГПВГ використання безнатяжних методів алогерніопластики дозволяє усунути ускладнення з боку дихальної і серцево-судинної систем та суттєво зменшити частоту виникнення рецидивів.